

子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書(法第30条の4第2号・第3号)

印西市長

提出日もしくは記入日

【申請にあたって同意していただく事項】

- 子ども・子育て支援法第30条の3において準用する同法第16条の規定に基づき、施設等利用給付認定の審査及び申請者や同居親族の市町村民税課税状況の確認に当ります。
- 申請書等に記します。
- 子ども・子育てがあります。
- 新年度4月1日、最長で利用
- 申請内容が事実と相違した場合は、施設等利用給付認定を取り消すことがあります。
- 認定希望日現在で、子ども・子育て支援法第7条第10項第4号ハの政令で定める施設(企業主導型保育事業)の利用がある場合は、本認定の申請はできません。

・預かり保育などを利用する方で、月60時間以上の仕事をしている場合、出産前後の場合など、保育の必要性がある場合に使う申請書です。
 ・保育を必要とする理由や添付書類は、申請書裏面をご覧ください。

・事業者に提供することがあり
 ・支援提供者に支給される場合
 ・30条の5第5項の規定に基づ

以上のことに同意し、保護者の就労、疾病その他の理由により、幼稚園・認定こども園・特別支援学校(預かり保育事業も利用する(※1))、認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業の施設等利用給付認定を希望するので、子ども・子育て支援法第30条の5第1項の規定に基づき、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。

※1. 預かり保育事業とは、当該幼稚園等が実施する預かり保育事業が、①平日、教育時間を含み提供時間数が8時間未満または②年間開所日

入園(予定)日 該当

		認定希望日(施設利用開始日)		年 月 日				
(窓口申請者)	フリガナ	インザイ タロウ	申請子どもとの続柄	現住所	〒 270 - 0000 印西市0000			
	氏名	印西 太郎		現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒			
	* 自署の場合は印は不要です。							
日中の連絡先(電話番号) *確実に連絡の取れる順に記入して下さい。								
① 080-△△△-0000		交換機・固定電話 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	② 0476-△△-0000	交換機・固定電話 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	③ 0476-△△-0000			
子ども申請	フリガナ	インザイ ハナコ	現住所	〒 -				
	氏名	印西 花子	申請者と異なる場合のみ記載 生年月日	平成 27年 4月 7日				
認定種別	<input type="checkbox"/> 申請種別	6日以後の最初の3月31日を経過している(第2号)						
	<input type="checkbox"/> 申請種別	6日以後の最初の3月31日までの間にある(第3号)						
左記で第3号に該当し、市民税非課税世帯に該当する場合は、下の□にレ点を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 市民税所得割非課税に該当								
保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けて下さい。							
	(子から見た続柄) 父・その他	就労 <input type="checkbox"/>	妊娠出産 <input type="checkbox"/>	疾病障害等 <input type="checkbox"/>	介護看護 <input type="checkbox"/>	災害復旧 <input type="checkbox"/>	求職活動等 <input type="checkbox"/>	就学 <input type="checkbox"/>
(子から見た続柄) 父・その他	就労 <input type="checkbox"/>	妊娠出産 <input type="checkbox"/>	疾病障害等 <input type="checkbox"/>	介護看護 <input type="checkbox"/>	災害復旧 <input type="checkbox"/>	求職活動等 <input type="checkbox"/>	就学 <input type="checkbox"/>	その他() <input type="checkbox"/>

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入して下さい。

認定希望日の前年1月1日現在の住所 ※2	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
認定希望日の前々年1月1日現在の住所 ※3	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ

※2, 3. 現住所と異なる場合は、記入した住所地の市町村で発行される前年(前々年)1月1日を賦課年度とする市町村民税所得割額がわかる証明書(課税証明書など)を添付して下さい。

同居者を全員記入して下さい。※個人番号欄は、上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に、父母及び生計の中心者のみ記入して下さい。

(生計の中心者の番号に○を付けて下さい)	フリガナ	申請子どもとの続柄	生年月日	就労・通学・通園先又は単身赴任先	要介護認定又は障害者手帳
	1	インザイ タロウ 印西 太郎	父	個人番号 大正 昭和 令和 平成 ○○年 ○○月 ○○日	株式会社△△△
2	インザイ サクラ 印西 サクラ	母	個人番号 大正 昭和 令和 平成 ○○年 ○○月 ○○日	○○有限公司	<input type="checkbox"/> 有
3	インザイ イチロウ 印西 一郎	兄	個人番号 大正 昭和 令和 平成 ○○年 ○○月 ○○日	◇◇小学校2年	<input type="checkbox"/> 有
4			個人番号 大正 昭和 令和 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
5			個人番号 大正 昭和 令和 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6			個人番号 大正 昭和 令和 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
7			個人番号 大正 昭和 令和 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

<必ず裏面も記入して下さい>

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

フリガナ	<input type="checkbox"/> ヨウチエン	所在地	〒 *** - **** 市	入園(予定)日	****
施設名	<input type="checkbox"/> 幼稚園	利用開始予定日	年 月 日		

認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	所在地	利用開始予定日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL: - -	年 月 日

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

		母親の状況		父親の状況	
就労	就労種別	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 → <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他: ()	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 → <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他: ()		
	通勤手段・時間	通勤手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 通勤時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)	通勤手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 通勤時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)		
	前年1月1日以降の転職	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → ① 就労先名: から ② 就労先名: から	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → ① 就労先名: から ② 就労先名: から		
妊娠・出産(申請時点)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → (予定日) 年 月 日				
疾病・障害等	(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
介護・看護	被介護者名(傷病・障害名)	(申請子どもとの続柄:)	(申請子どもとの続柄:)		
	受診等の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ()	<input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ()		
災害復旧	災害の状況:	災害の状況:			
求職活動等	活動の内容:	活動の内容:			
就学	通学手段・時間	通学手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 通学時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)	通学手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 通学時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)		
	就学の目的	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 ()		
	期間	年 月 日まで	年 月 日まで		
卒業後の予定	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日、1日 時間就労			
その他	保育を行うことが困難と認められる内容	上表の該当する欄に記入し、その理由を証明する書類を下表を参照して添付します。詳しくは別紙を参照してください。			

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付し)

1 居宅外で就労されている方(予定を含む)	その証明を受けて下さい
自営(自宅外自営、親族経営等の自営を含む)の場合	自営、自営の証明書類の写し(確定申告書、営業許可証、開業届等)
2 出産前後の方(原則として出産予定日の概ね2カ月前から、出産後8週間経過した日の翌日の属する月の末日まで)	母子健康手帳の写し(氏名と出産予定日が記載されているページ)
3 保護者が学校に在学中の方	在学証明書(入学予定の場合は合格通知等)
4 保護者の疾病(保育に支障をきたす病気、ケガなど)	診断書
5 保護者が障害をお持ちの方	障害による手帳等の交付を受けている方…身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の写し 交付を受けていない方…診断書
6 保護者が同居(または長期入院等している)親族を介護・看護している方(月60時間以上常時介護・看護している場合)	申立書及び介護が必要であることがわかる書類(診断書、介護保険証の写し等)
7 保護者が求職中・開業予定の方(認定後90日以内に就労すること)	求職活動中又は開業予定であることを証明するもの
8 その他(災害復旧、虐待・DV、育児休業等で保育を行うことが困難な方)	詳細は保育課までお問い合わせください。